

MEDIKALIZÁCIÓ

A gyógyszer diszkrét bája

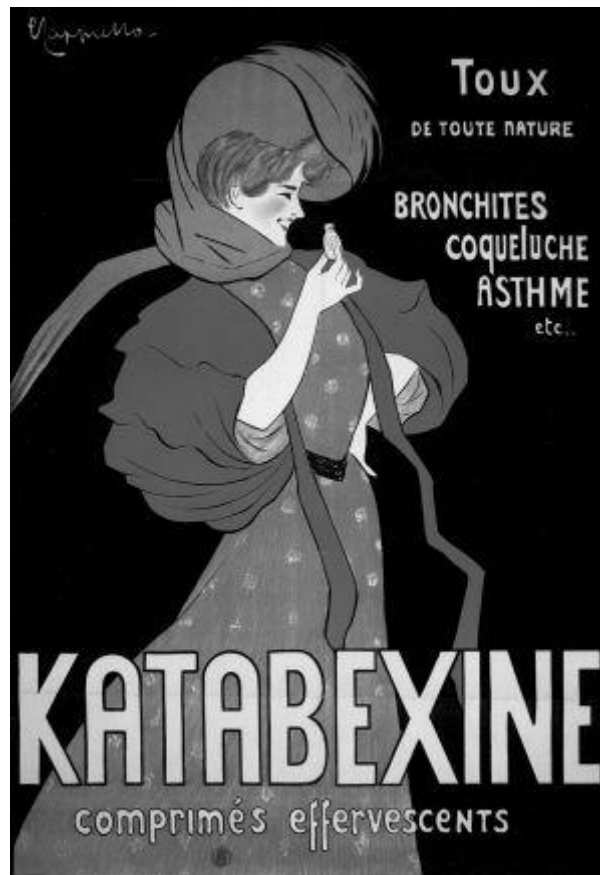
*„A gyógyszerek azt vitték véghez a medicinában,
amit az írás, és különösen a nyomtatás tett a tudással.”*

Van der Geest – Whyte

Ha szokásunknak megfelelően egy filozófiai nézőpontot akarunk érvényesíteni a medikalizáció jelenségeit tárgyalva, akkor – a múltkori expozíciót követően – talán nem a gyógyszeripar és a medicina kapcsolatainak jelenségszintű leírásával kellene kezdenünk a téma tárgyalását, hanem rá kellene kérdeznünk azokra a kulturális alapvetésekre, már-már ösztönünkké vált attitűdjeinkre, amelyek lehetővé teszik a gyógyszeripar kiemelt fontosságát a mai nyugati egészségügyi rendszerekben.

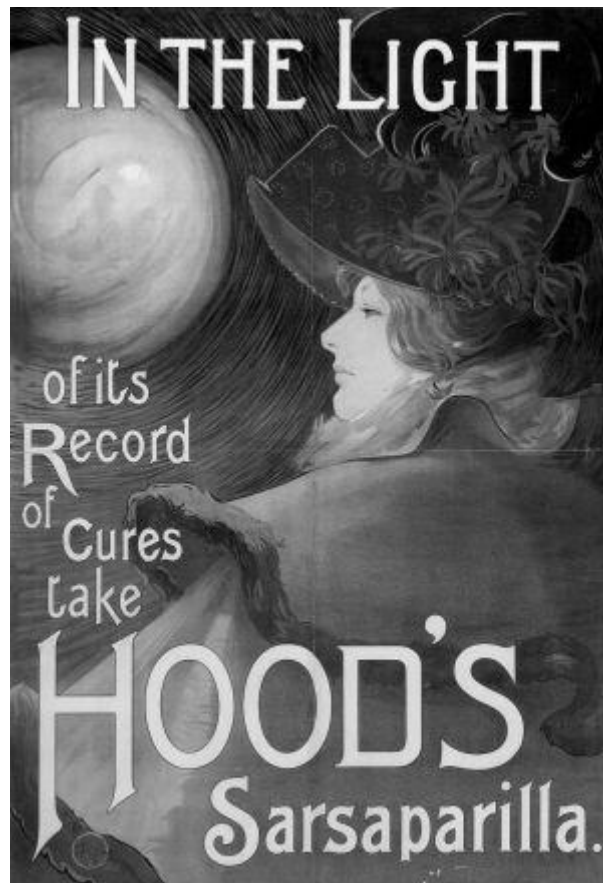
„A klinika gyógyszer nélkül olyan, mint a bár sör nélkül”

A gyógyszerek kiemelkedő jelentőségét hatásosságuk önmagában nem magyarázza meg. A hatásosság mellett a gyógyszerek népszerűségét sajátos kulturális jelentésük is meghatározza. Ez egy kettős, első látásra ellentmondó pólusokat tartalmazó erőterben ragadható meg. Egyfelől, a gyógyszerek lehetővé teszik a kötelékek lazítását a szakemberek és a páciensek között; az egészségügyi rendszeren és szakmai felügyeleten kívül is végbemehet az öngyógyító folyamat. A gyógyszerek kis méretük, könnyű hordozhatóságuk, átadhatóságuk miatt oldják a páciens függőségét az egészségügyi intézményrendszertől és attól a társadalmi ellenőrzéstől, amely a specialisták képében a páciens teste fölött megjelenik. „Megtöri a szakemberek hegemoniáját, és lehetővé teszi, hogy az emberek önmagukon segítsenek.”¹ A gyógyszer nemcsak az egészséges, hanem a beteg test feletti önkontroll szabadságát is megadni látszik.



Másfelől, a pirula a maga belső gyógyító erejével a medikális tudás foglalata, amely mégiscsak „az orvosoktól jön”. Amikor valaki gyógyszert szed, akkor egyben orvost is „szed”. *Bálint Mihály* híres tételét alkalmazva: Nemcsak arról van szó, hogy az orvos személye gyógyszerként szerepel a gyógyító kapcsolatban, hanem az is megáll, hogy a gyógyszer valamiképpen az (elképzelt) orvos személyének sűrített megjelenési formája is.

A gyógyszert tehát szakemberről való leválaszthatósága, könnyű átadhatósága különösen kívánatosá teszi (potenciális) fogyasztói számára, de egyben fontos összekötő kapocsként szerepel a laikus közönség és a medikális nézőpont, praxis közös találkozási felületének megalkotásában is. Ugyanis a gyógyszer alkalmas a nehezen megragadható testi érzések eltárgyasítására, így a betegség vagy szenvedéssel, fájdalommal járó állapot általa megragadhatóvá, kézzelfoghatóvá válik.



Az aszpirin például könnyebben kommunikálhatóvá és értelmezhetővé teszi a páciens számára saját fájdalmát, mert a fájdalom az lesz, amire „aszpirint kell szedni”. A fájdalomcsillapító segít nyilvánossá és egyben kommunikálhatóvá tenni az először még teljesen az egyénbe zárt kint; közös anyagi alapot jelent, amely azzal, hogy a fájdalom külső szimbólumaként funkcionál, közös nevezőt teremt a beteg, a szakember és más laikusok számára.

A gyógyszer kettős arca és hatása a medicinára

A gyógyszer magában foglalja a kultúránkban nagyon magas presztízsnak örvendő technomedicina, az új technológiákat létrehozó tudományos medicina eredményeit. Így a gyógyszer bevétele mintegy azonosulás a technikai-tudományos kultúra „szellemével”; osztozás, részesülés a medicina jelentős tudásában.

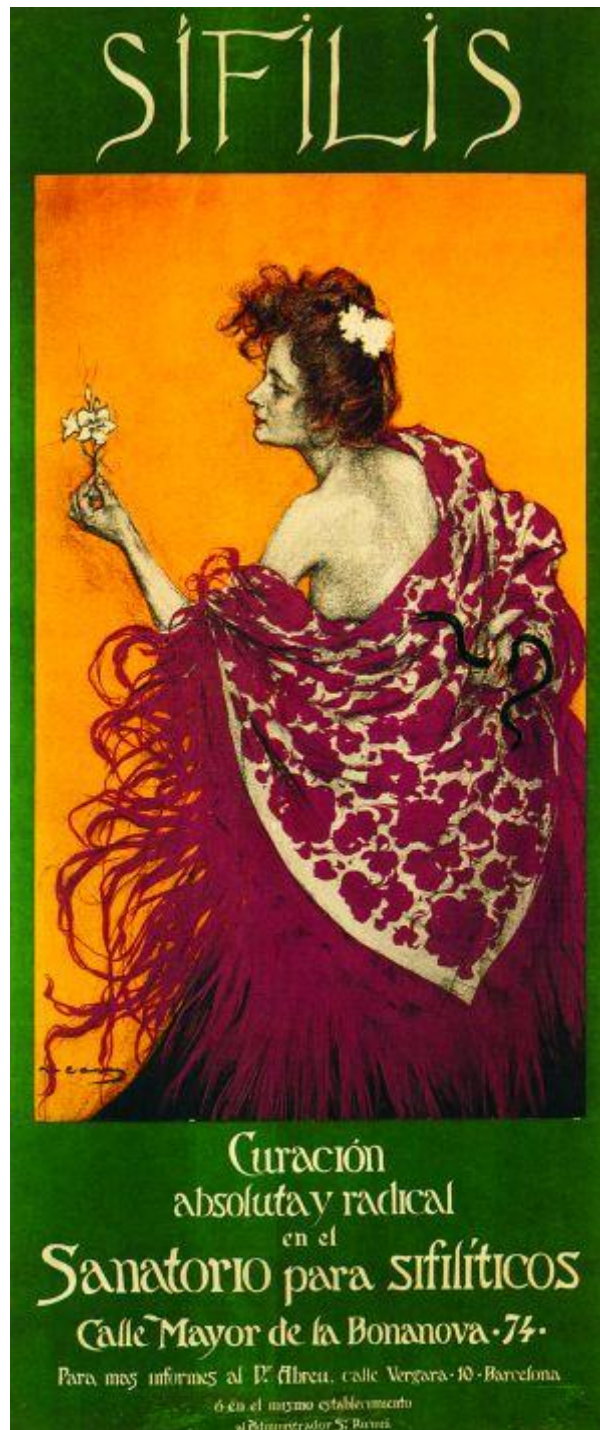
Mondhatná valaki erre azt, hogy minden kultúra minden medicinájában jelentős szerepet játszanak a gyógyító embertől származó testbe bevitt anyagok. Ebből a szempontból a kortárs folyamatokat tekintve talán nincs is semmi különös. Csakhogy egyetlen más medicina sem helyez olyan nagy hangsúlyt az individuális test gyógyítására, nem azonosítja a betegséget az egyéni test folyamatainak zavaraiival, mint a mi kultúránk orvoslása. Ezért nyer a gyógyszer kiemelkedő jelentőséget a gyógyítás folyamatában, és válhat az orvos személyéről leválva egy öngyógyító magánszínházi előadás elengedhetetlen elemévé.

A medikalizációnak az orvosra vonatkozó komplikált és ambivalens folyamatai különösen jól tetten érhetők a „gyógyszerbiznisz” olykor csak hosszabb távon látható következményeiben.

Ha például az utóbbi évek pszichiátriai tendenciáit figyeljük, akkor arra jutunk, hogy a pszichoaktív szerek gyors térhódítása nemcsak ezek – olykor vitatott mértékű – hatásosságának tulajdonítható, hanem annak is, hogy komoly változás állt be a mindig is a medicina „éretlen” ágazataként kezelt pszichiátria értékelésében, és ennek megfelelő szakmai presztízisében. Ismeretes, hogy a lélekgyógyászat nem volt képes a hetvenes évekig a biomedikális paradigmának megfelelő gyakorlatot kialakítani. Magyarán, a döntően pszichoterápiás gyakorlat – úgy tűnt fel – nem felelt meg, vagy kevésbé hasonlított más orvosi szakmák mindennapi rituáléihoz. Az új gyógyszerek azt az ígéretet hordozták, hogy immár a pszichiáter is „rendes orvos” lehet. Nemcsak növekszik a kezelések hatékonysága, hanem a praxis napi gyakorlata is jobban közelít más „szomatikus” szakmák életmódjához. Az új szerek tehát nemcsak a páciensek lelki betegségeit gyógyították, hanem a pszichiáterek biomedikális környezetben „elszenvedett” identitásproblémáit is.

A gyógyszer-ideológia szakmai ártalmai

Mármint, ez a tendencia – úgy tűnik – csapda is lehet éppen a lélekgyógyászat számára. A gyógyszeripari befolyás növekedése ugyanis – ez az amerikai tapasztalat – könnyen megerősítheti a szakmán belüli törésvonalakat. A pszichiáterek három csoportja más-más érdekhelyzetben találja magát az egyre erőteljesebb gyógyszerközpontú szemlélet eluralkodása nyomán. A kutató pszichiáter, aki a kutatási pénzek felett részben rendelkezik, és a szakma belső hatalmi szerkezetének csúcsain foglal helyet – gyógyszeripari kapcsolatainak köszönhetően – anyagi és presztízsbeli helyzetének javulását élheti meg. Az úgynevezett adminisztratív pszichiáter (nálunk még kevésbé megjelent státus) arra használja a biopszichiátriát, hogy igazolja a klinikai pszichiátriai (ezen belül a gyógyszer-) kiadásokat, így növeli az egészségügyi rendszer profitját. Végül a klinikai pszichiáter az, aki az előző két csoporttal szemben könnyen veszíthet a növekvő gyógyszer-ideológiai befolyáson. Rövid távon ő is részesedik a szakma felé áramló vállalati pénzekből. Úgy érezheti, hogy szakmai és státusbeli értéke szerint juthat hozzá a szakmai továbbképzésekhez, kongresszusi részvételekhez, utazhat a világban, a külön juttatások növelik mindennapi életének anyagi színvonalát.



Ne feledjük azonban azt az egyszerű tényt, hogy a gyógyszeripart érdekei a gyógyszerek minél kiterjedtebb forgalmazásához kötik, és nem ahhoz, hogy ezeket orvosok írják fel. Pontosan a gyógyszerek fentebb elemzett függetlenedésre hajlamos tendenciái miatt, az orvos nem elengedhetetlen feltétele a gyógyszerek terjesztésének.

A klinikai pszichiáterek azért járhatnak rosszul hosszabb távon a „pirulabizniszben”, mert a „menő” gyógyszerek felírása fölötti, kezdetben meglévő szakmai monopólium lassan erodálódhat. Részben más szakmák veszik ki a pszichiáter kezéből a gyógyszerfelírás jogát, részben e szerek egy része szabad forgalomba kerül. Az így „deprofesszionizálódott” gyógyszerüzletben azután a túlságosan biomedikalizálódott pszichiáter hoppon maradhat,

mert az új csodaszerek iránt lelkesült korszellemben osztozva, esetleg már nem szerez jártasságot a szakma korábban elengedhetetlen alkotóelemeinek tekintett pszichoterápiákban. Ezeket már átadta a „psi-komplexum” más szakmáinak, és most, ha a gyógyszerfelírás is részben kikerül a kezéből, akkor könnyen a funkcióvesztés senki földjén találja magát². Így pontosan az a folyamat – a gyógyszerek egyre jelentősebb alkalmazása –, amelyben szakmai identitásának fentebb említett megerősítését kereste, válhat az identitásválság egy újabb hullámának kiváltójává. Vagyis a gyógyszerközpontú gyakorlat nemcsak a páciens valóságos problémáinak megoldását viheti zsákutcába, hanem egész orvosi szakmák számára válhat szirénjelenséggé. Ha a gyógyszer az orvos eszköztárában mértéktelenül nagy szerepre tesz szert, akkor szakmai csapdává válhat:

„Ha valaki az élet üressége miatt deprimált, mint az amerikai fogyasztó, akkor elvéted a lényeket, ha ezt pszichiátriai kérdésnek próbálsz tekinteni. Pszichiátriai kérdésként megközelítve ez olyan, mintha a szent áldozást élelmezési kérdésnek vennénk. Ez nem teljesen alaptalan, de valamit lényegeset félreértesz abból, ami zajlik.”³

A gyógyszer bizonyosan nem oldja meg az egyéni élet alapvető egzisztenciális és morális problémáit. A gyógyszerközpontú medikális orientáció azzal fenyeget, hogy olykor nemcsak a páciens számára tünteti fel hiányosnak a gyógyítást, hanem frusztrációt okoz magának az orvosnak is, mert leegyszerűsíti a szakmagyakorlást azzal, hogy háttérben vagy parkolópályán tartja az orvos megannyi szakmai és személyes tudását, képességét.

A gyógyszer mint betegségteremtő

Az utóbbi évek gyógyszeripari befolyásnövekedésének egyik legfontosabb következményeként azt szokták kiemelni, hogy a modern nyugati medicina egyébként is meglévő biomedikális gyakorlatát erősíti meg. (Miközben a szakma „hivatalos” ideológiájában már évtizedek óta a biopszichoszociális megközelítést sürgetik.)

A gyógyszerek erőteljes reklámozása „nemcsak azt a benyomást kelti, hogy az egészséget és a boldogságot a helyes gyógyszerek alkalmazásával el lehet érni, hanem azt is, hogy a gyógyszerek *szükségesek* az egészséghez és a boldogsághoz”⁴. Ennek következtében bukkan fel az az új „betegtípus”, aki már nem igényli az orvosi kezelés rituáléinak teljes spektrumát, hanem kizárólag a reklámokban látott gyógyszert akarja felírni. Az így „emancipálódott” páciens már szinte csak a gyógyszeresládika kulcsának őrzőjét látja orvosában. Ezzel az illúzióval azután a saját gyógyulási esélyeit is rontja, mert nem látja, és így nem is használja az orvos-beteg viszony más színeit, aspektusait.



A fentiek témánk szempontjából azt jelzik, hogy a gyógyszer-ideológia a medikalizáció egyik legfontosabb „vivőanyagává” válik. A folyamat fokozatosan módosítani látszik a medicina ősi törekvését kifejező formulát: „Ahol betegség van, ott gyógyszernek kell (előbb-utóbb) lennie.” Ma mintha e mondat mögött fordítottjának árnyéka is megjelenne: „Ahol gyógyszer van, ott betegségnek kell lennie”.

dr. Bánfalvi Attila

Jegyzetek

1. *Sjaak van der Geest-Susan Reynolds Whyte*. The charm of medicines: metaphores and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 3(4):345-67.
2. *Bradley E. Lewis*. Prozac and the post-human politics of cyborgs. *Journal of Medical Humanities* 2003;24(1/2):Summer.
3. *Carl Elliott*. Prozac and the existential novel: two therapies. In: *The last physician. Walker percy and the moral life of medicine. C. Elliott, J. Lantos (ed.). Durham and London: Duke University Press; 1999. p. 63.*
4. *John Abramson*. Overdosed America. The Broken Promise of American Medicine. New York: Harper Collins Publisher; 2004. p. 151.

Az írás az OTKA T 042677 számú kutatás keretében készült.